

意見書 (医師記入)

学校長様

学年 組

氏名

生年月日 年 月 日

(病名) 該当疾患にチェックをお願いします

| | |
|--------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> | 麻しん(はしか) |
| <input type="checkbox"/> | インフルエンザ(A型・B型) |
| <input type="checkbox"/> | 風しん |
| <input type="checkbox"/> | 水痘(水ぼうそう) |
| <input type="checkbox"/> | 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) |
| <input type="checkbox"/> | 結核 |
| <input type="checkbox"/> | 咽頭結膜熱(プール熱) |
| <input type="checkbox"/> | 流行性角結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 百日咳 |
| <input type="checkbox"/> | 腸管出血性大腸菌感染症(O157、O26、O111等) |
| <input type="checkbox"/> | 急性出血性結膜炎 |
| <input type="checkbox"/> | 侵襲性髄膜炎菌感染症(髄膜炎菌性髄膜炎) |

集団生活に支障がない状態になりました。

年 月 日から登校可能と判断します。

年 月 日

医療機関名

医師名

印

※保護者の皆さまへ

上記の感染症について、医師により集団生活に支障がないと判断され、登校を再開する際には、この「意見書」を学校に提出して下さい。

この様式は『小山地区医師会共通書式』です。

小山地区医師会会員の医療機関にて、この用紙を使用した場合、文書料は無料です。

この用紙以外のものにつきましては、各医療機関が定める正規の診断書料金が発生します。